

Année 1966 - N° 55

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA
POLITIQUE SANITAIRE DE SECTEUR
MORBIDITE PSYCHIATRIQUE DANS
LE SECTEUR DE BRON**

THÈSE

présentée

à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de LYON

et soutenue publiquement le 23 Mai 1966
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

D^ô **Jean-Pierre**

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

né le 25 mars 1939

à VALRÉAS (Vaucluse)

EDITIONS DE L'A.G.E.L.

20, Rue François-Garcin — LYON (3^e)

1966



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553403_0023

Année 1966 - N° 55

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA
POLITIQUE SANITAIRE DE SECTEUR
MORBIDITE PSYCHIATRIQUE DANS
LE SECTEUR DE BRON**

THÈSE

présentée

à la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de LYON

et soutenue publiquement le 23 Mai 1966
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

DÔ Jean-Pierre

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

né le 25 mars 1939

à VALRÉAS (Vaucluse)

FACULTE MIXTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens Honoraires :

M. J. LEPINE - Membre de l'Institut

M. H. HERMANN - Correspondant de l'Institut

Doyen : M. J-F. CIER

Assesseurs : M. M. LEVRAT
M. L. REVOL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CIBERT	Clinique Urologique
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique biologique
DECHAUME	Clinique Neuro-psychiatrique et d'Hygiène mentale
CHAMBON	Chimie organique et toxicologie
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B
FROMENT	Clinique et prophylaxie cardio-vascu- laire
CROIZAT	Clinique médicale C
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
REVOL	Pharmacie galénique
PIGEAUD	Clinique obstétricale
BOURRET	Médecine du Travail
LEVRAT	Clinique médicale A
SOHIER	Hygiène et action sanitaire et sociale
NETIEN	Botanique et cryptogamie
BERTRAND	Clinique chirurgicale C
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
DREVON	Pharmacie chimique et pharmacologie
ROCHE	Médecine Légale et déontologie
COUDERT	Parasitologie et pathologie exotique
MOUNIER-KUHN	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie
PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique
THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
BRUN	Clinique de pneumo-phtisiologie
CREYSSEL	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique
DARGENT	Clinique carcinologique
GUICHARD	Anatomie pathologique
GIRARD Paul	Pathologie générale et expérimentale
LATARJET	Anatomie

MM. PEYCELON	Clinique chirurgicale B
GIRARD Marcel	Clinique médicale D
VACHON	Pathologie médicale
GALY	Phisio-pathologie des voies respiratoires
PAPILLON	Radiologie
JEUNE	Clinique médicale infantile et hygiène du 1er âge
GONIN	Thérapeutique
MONNET	Clinique médicale infantile B
BANSILLON	Physiologie et pathologie obstétricales
CHATONNET	Physiologie B
GUINET	Clinique endocrinologique
TRILLAT	Clinique de chirurgie orthopédique
FREIDEL	Clinique stomatologique
MARION Joseph	Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles
DORCHE	Matière médicale et législation pharma- ceutique
DUMONT Louis	Histologie et embryologie
PERROT	Chimie
CIER J.F.	Physiologie A
PERRIN J.	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
MICHAUD Pierre	Clinique de chirurgie cardiaque
MATHIEU	Clinique gynécologique
FAUCON	Biologie médicale et pharmacodynamie
BERTOYE	Clinique des maladies infectieuses
VIGNON	Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale
CIER André	Pharmacodynamie
VINCENT D.	Biochimie appliquée
X	Chimie biologique et médicale
X	Bactériologie
X	Pathologie chirurgicale

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM. BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine
MANSUY	Neuro-chirurgie
COLLET	Chimie générale et pharmaceutique
LACROIX	Hygiène et climatologie
LIARAS	Clinique chirurgicale propédeutique
LECUIRE	Neuro-chirurgie
REVOL	Hématologie
GOINARD	Clinique thérapeutique et chirurgie expérimentale
PONT Maurice	Médecine générale
TRAEGER	Pathologie métabolique et rénale

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. ROMAN	Parasitologie
FEROLDI	Anatomie pathologique
MORET	Physique biologique
ODDOUX	Botanique et cryptogamie
de SOLLIERS	Chimie analytique
DESPIERRES	Médecine générale
GARIN	Parasitologie
TOLOT	Médecine du Travail
THIVOLET	Hygiène

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

CREYSSSEL Roger	Chimie biologique
PINET	Electro-radiologie
GUYOTAT	Neuro-psychiatrie
DESCOTES	Chirurgie générale
JOUVET	Pathologie expérimentale
PEYRIN	Physique biologique
TOMMASI	Anatomie pathologique
BUFFARD	Electro-radiologie
LEJEUNE	Médecine générale et thérapeutique
de MOURGIES F.	Stomatologie
NAUSSAC	Maladies infectieuses
REBOUILLAT	Chirurgie générale
ROMAGNY	Pédiatrie
DELAHAYE	Médecine générale
DELEUZE	Anesthésiologie
GIRAUD	Electro-radiologie diagnostic et thérapeutique
MICHEL	Anesthésiologie
FRANCOIS	Pédiatrie et Puériculture
MICHOULIER	Chirurgie générale
COLOMB	Dermatologie
LAMBERT	Médecine générale
FRIES	Médecine générale
GILLY	Pédiatrie
ROBERT	Médecine générale
BOUCHET	Anatomie
BETHENOD	Pédiatrie
GERMAIN	Immunologie, sérologie, hématologie
KALB	Pneumo-phtisiologie
LARBRE	Pédiatrie
SOUSTELLE	Chirurgie générale
VIALA	Médecine générale
VINCENT	Bactériologie, parasitologie, virologie
GIROD	Histologie et embryologie
GRAS	

MM.	MARLEIN	Chimie analytique
	COLIN	Médecine légale
	BERTRAND	Chimie biologique
	MARET	Chirurgie générale
	VIALIER-RAYNARD	Bactériologie
	CHOLLAT	Electro-radiologie
	FLEURETTE	Bactériologie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

MM.	FAVRE-GILLY	Hématologie
	RIFFAT	Hygiène
	FLANDROIS	Physiologie
	ROLLET	Pharmacie galénique
	BIZOLON	Physique

AGREGES EN EXERCICE

MM.	MARION Pierre	Chirurgie générale
	BONAMOUR	Ophthalmologie
	de MOURGUES Georges	Chirurgie générale
	DEVIC	Médecine générale
	DUMONT Martial	Obstétrique
	DURAND	Urologie
	FRANCILLON	Chirurgie générale
	SAUBIER	Chirurgie générale
	SCHOTT	Neuro-Psychiatrie
	ALLEGRE	Neuro-chirurgie
	CHASSARD	Electro-radiologie
	FAYSSE	Orthopédie
	GAILLARD	Oto-rhino-laryngologie
	GARDE	Médecine générale
	HUGONNIER	Ophthalmologie
	MORNEX	Médecine générale
	MOUNIER-KUHN Alain	Chirurgie générale
	NORMAND	Médecine générale
	PERRIN André	Médecine générale
	DUMAS	Stomatologie
	GARMIER	Obstétrique
	NOEL	Médecine générale
	SCHNEPP	Orthopédie
	NOTTER	Gynécologie obstétricale

Examineurs de la Thèse :

— Président : M. le Professeur Dechaume

— Assesseurs : MM. Roche
Guyotat
Gignoux

A mes parents

Au Président de notre Jury de Thèse

Monsieur le Professeur Dechaume

Il nous a toujours accueilli avec une grande amabilité. Il a bien voulu nous faire l'honneur de présider le jury de cette thèse. Nous l'en remercions très respectueusement.

Aux Membres de notre Jury de Thèse

- Monsieur le Professeur Roche

Nous avons été son externe au Service médical d'urgence puis avons eu le privilège de faire partie de son équipe de toxicologie et de réanimation. Il nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance.

Il nous a fait l'honneur de bien vouloir siéger parmi nos juges. Qu'il nous soit permis de lui exprimer notre respectueuse gratitude.

- Monsieur le Professeur Agrégé Guyotat

Nous avons été pendant une année son externe puis son interne. Il a inspiré et guidé notre thèse. Nous avons admiré ses qualités de pédagogue et ses dons de psychotérapeute.

Nous le remercions et le prions de croire à notre respectueuse reconnaissance.

- Monsieur le Professeur Agrégé Gignoux

Il nous a témoigné, depuis notre enfance, une grande sollicitude. Il nous fait aujourd'hui l'honneur de faire partie de notre jury de thèse; nous l'en remercions et le prions de croire à notre respectueux attachement.

A nos Maîtres des Hôpitaux de Lyon
(Externat)

- Monsieur le Professeur Brun
- Monsieur le Professeur Lacroix
- Monsieur le Professeur Michaud
- Monsieur le Professeur agrégé Maret
- Monsieur le Professeur agrégé Motin
- Monsieur le Professeur Thiers
- Monsieur le Professeur agrégé Colomb
- Monsieur le Professeur agrégé François

A Monsieur le Professeur agrégé Colin

A mes Amis

Bernard du Grès
Jean-Paul Fouletier
Bruno Gignoux

A tous ceux qui ont participé à ce travail

INTRODUCTION

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population a mis en place une nouvelle organisation de lutte contre les maladies mentales. Cette réforme consiste essentiellement en la prise en charge psychiatrique d'une population donnée par une même équipe médico-sociale.

Le service dans lequel nous travaillons à l'hôpital départemental du Vinatier a été chargé de l'organisation de l'hygiène mentale dans un secteur géographique déterminé de la banlieue lyonnaise.

Cette prise en charge impliquait une connaissance de la morbidité psychiatrique de cette population. Nous avons essayé d'étudier cette morbidité psychiatrique sur une partie du secteur en question, en l'occurrence de la Commune de Bron.

Après avoir rappelé comment fut établie la politique de sectorisation et présenté les données démographiques de la population prise en charge, nous essayerons d'établir un aperçu de cette morbidité psychiatrique à partir de sources d'information extra-hospitalières dans un premier temps, puis dans un deuxième chapitre des informations recueillies à l'hôpital départemental du Vinatier. Enfin nous essaierons de montrer à partir d'observations personnelles les possibilités offertes par une action thérapeutique coordonnée dans le cadre du secteur.

CHAPITRE I

LA PSYCHIATRIE DE SECTEUR

C'est la circulaire ministérielle du 15 Mars 1960 qui a établi le nouveau programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Cette circulaire constatait que l'hospitalisation du malade mental ne constituait plus qu'une étape de traitement de la maladie, traitement qui avait été commencé dans les organismes de prévention et qui devait être poursuivi dans les organismes de post-cure.

Elle posait donc le problème de la création de structures extra-hospitalières à côté de services hospitaliers départementaux :

- (dispensaires d'hygiène mental
- (hôpital de jour
- (foyer de post-cure
- (ateliers protégés.

Elle établissait en outre un dispositif de lutte consistant essentiellement à diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques à l'intérieur de chacun desquels la même équipe médico-sociale devra assurer pour tous les malades hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation, et enfin la surveillance de post-cure.

Chaque service hospitalier avec son équipe médico-sociale et en coordination étroite avec une équipe extra-hospitalière, prend en charge un secteur déterminé de la population du département.

Le législateur avait prévu que la sectorisation devait se faire sur la base de 3 lits pour 1.000 habitants.

Cette nouvelle politique entraîne des transformations considérables dans la pratique psychiatrique. La notion de "secteur" doit être comprise dans son sens le plus large, ce n'est pas seulement une notion géographique, ce n'est pas uniquement une aire de recrutement délimitée pour un service hospitalier c'est avant tout une dimension nouvelle de travail pour le psychiatre. C'est une nouvelle conception du travail qui permettra de dépasser la psychiatrie de soins pour faire une véritable psychiatrie préventive, c'est-à-dire de soigner les maladies mentales à leur début et non pas seulement quand elles commencent à gêner l'entourage et à ne plus être tolérées par la société, car très souvent au début ces malades peuvent être traités avec beaucoup plus de succès à l'extérieur de l'hôpital.

Plusieurs expériences de sectorisation ont été entreprises ces dernières années, nous en relaterons quelques unes d'entre elles. A Chambéry le Docteur Vermorel pratique depuis plusieurs années une psychiatrie de secteur; il insiste sur la collaboration indispensable du psychiatre hospitalier avec les psychiatres du secteur privé et parfois avec des médecins praticiens, possédant une orientation vers la psychothérapie; il a mis l'accent également sur cette dimension préventive que pouvait acquérir la psychiatrie grâce à la sectorisation. On assiste à une sorte de dépsychiatriation de l'hygiène mentale car il est indispensable d'avoir recours à des non-psychiatres dans cette nouvelle forme d'action, médecins praticiens, assistantes sociales de secteur mais aussi psychologues et pédagogues.

A Choisy-le-Roy, le Docteur le Guillant a relaté une autre expérience de sectorisation. Elle nous a particulièrement intéressé parce qu'il s'agissait d'une population urbaine habitant

de grands immeubles collectifs modernes. Il a installé un dispensaire d'hygiène mentale dans un H.L.M.; c'est un appartement de 5 pièces au rez-de-chaussée, aménagé et décoré d'une manière aussi peu médicale que possible; cette consultation en dispensaire a attiré un très grand nombre de patients et ceci régulièrement depuis plusieurs années. Il écrit au sujet de ce dispensaire "il serait peut-être excessif de dire qu'il constitue "un lieu de vie" dans l'univers impersonnel des grands immeubles, il est tout au moins un terrain de rencontres et d'échanges". On est très loin dans ce dispensaire installé dans un H.L.M. de l'univers hospitalier qui trop souvent était l'univers asilaire où travaillait le psychiatre. On assiste à une désaliénation du médecin et du malade, le psychiatre redevient un médecin comme les autres, le patient un malade comme les autres; ils se rencontrent sur leurs lieux habituels de vie. L'image redoutable du fou s'estompe et fait place à celle d'un malade toléré par sa communauté.

L'expérience de sectorisation la plus importante qui a été réalisée dans la "communauté" du XIIIème arrondissement à Paris est la création d'un "centre de santé". Cette appellation de "centre de santé" est d'ailleurs particulièrement heureuse, car elle n'évoque pas le vieux tabou de la maladie mentale. Dans ce "centre de santé" aux côtés des médecins psychiatres travaillent des psychothérapeutes ayant une formation analytique, des psychologues, des assistantes sociales. Les psychothérapeutes travaillent en étroite collaboration avec l'équipe de base et assurent les consultations psychanalytiques publiques; en outre depuis un an fonctionne un groupe de psychodrames. Les psychologues assurent les examens et tests psychologiques et un rôle de liaison et de coordination. Les assistantes sociales organisent les consultations et les prises en charge, elles suivent certains malades à domicile et assurent les liaisons avec différents organismes implantés sur le secteur (Commissariat de Police et services sociaux). Les initiatives extra-hospitalières

assurent les urgences, surveillent à domicile ou au centre la continuité des traitements médicamenteux, prennent en charge les désintoxications des alcooliques. A côté de ce "centre de santé" a été créé un hôpital de jour qui répond à la nécessité de soins à temps partiel. Cette nouvelle conception de l'hôpital de jour permet d'alléger l'infrastructure hospitalière sur le plan matériel mais réclame une grande densité d'activité thérapeutique, elle permet d'éviter de nombreuses hospitalisations elle s'adresse à des psychoses schizophréniques plus ou moins graves, à de nombreux cas d'alcoolisme chronique, à des déliants chroniques en voie de stabilisation, à certains cas de débilité et à beaucoup de névroses graves. Dans cette communauté du XIIIème arrondissement ont été simultanément créés des ateliers thérapeutiques de réadaptation au travail et un club thérapeutique géré par les malades. Cette réalisation parisienne constitue une "expérience-pilote" en matière de sectorisation psychiatrique.

Ce rapide tour d'horizon de quelques expériences de sectorisation psychiatrique nous permet d'entrevoir l'ampleur des possibilités thérapeutiques offertes par cette nouvelle politique d'Hygiène Mentale. On a opposé à cette nouvelle orientation plusieurs critiques; on a reproché à la sectorisation de supprimer le libre choix du psychiatre par le malade ou le médecin traitant, c'est un argument que nous avons d'ailleurs retrouvé au cours de notre enquête auprès des médecins praticiens de Bron, c'est un argument qui résiste peu à l'analyse car avant la sectorisation le libre-choix n'existait pas puisque lors de son admission le malade était réparti dans un des différents services de l'hôpital selon son degré d'agitation ou selon un tour de rôle assuré par les différents services; d'autre part à titre exceptionnel un médecin peut adresser "hors secteur" tel ou tel de ses malades au psychiatre de son choix. Cette répartition sectorisée des malades dans les services hospitaliers connaissant certaines accommodations, il est en particulier prévu qu'un malade peut réintégrer le service dans lequel

il était auparavant même si la sectorisation impliquait qu'il change de service.

Certains auteurs ont écrit que la création de structures extra-hospitalières allaient ralentir la modernisation des hôpitaux psychiatriques et en particulier freiner le développement et l'extension des services libres; cette critique est très contestable car l'institution hospitalière modernisée reste une arme thérapeutique indispensable qu'il faudra développer. Beaucoup plus sérieux nous apparaît la critique présentée par plusieurs médecins des hôpitaux psychiatriques qui pensent qu'il sera nécessaire de créer des unités de soins spécialisées pour certains types de malades, institutions qui seront communes à plusieurs secteurs, ces institutions permettraient de soigner séparément et d'une manière plus spécialisée les alcooliques, les délinquants ou les enfants oligophrènes.

Nous pensons que la plus grande erreur serait de croire que la sectorisation va résoudre tous les problèmes que pose l'Hygiène mentale, on ne doit pas en faire une doctrine rigide et exclusive, mais elle ouvre actuellement des perspectives de travail intéressantes en psychiatrie.

DANS LE DEPARTEMENT DU RHONE

L'Administration a divisé le département en 8 "secteurs" chaque secteur étant rattaché à un service hospitalier de l'hôpital du Vinatier. Le service dans lequel nous travaillons (I) s'est vu attribuer les communes de Villeurbanne, Bron et Vaulx-en-Velin.

- (I) Service de Neuro-psychiatrie du centre hospitalier universitaire de Lyon à l'hôpital du Vinatier.
Professeur Dechaume et Professeur Agrégé Guyotat.

La population totale, hommes et femmes, de ces 3 communes d'après le recensement effectué en 1962 s'élevait à 144.000 habitants ,

répartis comme suit :

Villeurbanne	105.000 habitants
Bron	27.000 habitants
Vaulx en Velin	12.000 habitants

Notre étude ne porte que sur la commune de Bron dont nous allons présenter sommairement l'évolution démographique.

CHAPITRE II

DEMOGRAPHIE ET PERSPECTIVES D'URBANISATION DE LA COMMUNE DE BRON

Bron est une commune limitée au Nord par les communes de Villeurbanne et de Vaulx-en-Velin, à l'Est par les communes du département de l'Isère: Chassieu et Saint-Priest, au Sud par la commune de Vénissieux, à l'Ouest par la ville de Lyon.

L'axe médian de la ville de Bron est constitué par la Route Nationale N°6 Lyon-Grenoble, c'est autour de cet axe routier que s'est groupé le village de Bron appelé aujourd'hui le "vieux Bron" et c'est par l'intermédiaire de cet axe que se font encore aujourd'hui les principales relations Lyon-Bron. Bron présente deux particularités topographiques, une superficie importante de la commune est occupée d'une part par l'hôpital psychiatrique Départemental du Vinatier appelé jusqu'en 1937 "Asile de Bron" , d'autre part par l'aérodrome de Lyon-Bron. Au point de vue population Bron a connu un accroissement démographique constant :

150	habitants	en	1600
1.015	habitants	en	1870
3.202	habitants	en	1900
13.161	habitants	en	1936
14.195	habitants	en	1955

Mais alors qu'en 20 ans de 1936 à 1955 la population n'avait augmenté que de 1.000 habitants, à partir de 1955 l'accroissement démographique est très important et très rapide.

1955 marque en effet le début de la construction des

grands ensembles qui constituent aujourd'hui le "Bron-moderne" juxtaposé au vieux village.

	1955	14.195 habitants
	1962	27.559 habitants
	1963	31.997 habitants
Octobre	1965	37.397 habitants auxquels il faut

ajouter 2.616 habitants constituant la "population fictive" calculée à partir des immeubles en construction. Les précisions démographiques qui nous ont été données par Monsieur le Secrétaire principal de la Mairie de Bron laissent prévoir un accroissement considérable de la population dans les prochaines années.

Dans 2 ans, en tenant compte des permis de construire déjà libérés on peut prévoir une population de 45.000 habitants.

Dans 6 ans, en tenant compte des terrains encore disponibles pour la construction on peut prévoir une population de 50.000 habitants.

Enfin, dans 10 ans, en se basant sur le plan d'urbanisme de la ville, en particulier sur la construction d'étages supplémentaires sur les vieux immeubles, on peut prévoir une population de 60.000 habitants.

Ces perspectives d'urbanisation nous permettent de faire deux remarques importantes :

- L'étude de la morbidité psychiatrique est beaucoup plus difficile à faire en face d'une démographie en expansion aussi rapide.

- Le découpage du département en secteurs devra être reconsidéré à court terme, car un secteur comme celui dans lequel nous travaillons va passer en quelques années de 150.000 habitants à 200.000 habitants alors que des secteurs situés au centre de Lyon, par exemple, ne connaissent pas d'expansion démographique.

Pour le moment, aucune institution extra-hospitalière n'a été créée à Bron, mais l'installation d'un dispensaire d'Hygiène Mentale est envisagée à court terme dans cette partie de notre secteur.

CHAPITRE III

ETUDE DE LA MORBIDITE PSYCHIATRIQUE

Sources d'informations extra-hospitalières

Nous diviserons cette étude en deux grands chapitres : les sources d'informations extra-hospitalières et les informations recueillies à l'hôpital du Vinatier.

A l'extérieur de l'hôpital nos enquêtes ont porté auprès de personnes ou d'organismes travaillant à Bron depuis plusieurs années et dont le travail pouvait interférer avec l'hygiène mentale.

Nous avons enquêté auprès

du Commissariat de Police
des Assistantes sociales
de la Caisse de Sécurité sociale
des Médecins praticiens

Notre méthode d'enquête n'a pas pu être la même dans chacun des cas, en raison de la variété du type d'information que nous avons recueilli; nous indiquerons au début de chacun de nos paragraphes le processus d'enquête que nous avons utilisé.

Nous avons essayé d'établir des statistiques quant aux catégories diagnostiques. Pour cela nous avons utilisé le type de classification employé par l'Institut National d'hygiène dans ses statistiques psychiatriques.

- Répartition selon l'âge.

Les groupes d'âge utilisés pour les adultes sont de 10 années à partir de 15 ans jusqu'à 75 ans et plus.

- Classement par catégorie diagnostique.

La liste de catégories diagnostiques adoptées par l'Institut National d'hygiène comporte quinze catégories diagnostiques bien définies et permet de classer facilement la grande majorité des malades; ces catégories correspondent aux habitudes nosographiques généralement admises en France et elles sont comparables ou analogues à celles qui sont le plus généralement proposées par la majorité des classifications.

La liste des 15 catégories diagnostiques est la suivante :

- 01 - Psychose maniaque dépressive - Manies - Mélancolies -
- 02 - Etats confusionnels aigus ou subaigus -
- 03 - Syndromes délirants aigus - Bouffées délirantes -
- 04 - Schizophrénies chroniques - Démence précoce -
- 05 - Délires chroniques systématisés -
- 06 - Psychoses alcooliques -
- 07 - Alcoolisme chronique (en dehors des psychoses alcooliques) -
- 08 - Paralysie générale - Autres troubles mentaux de la syphilis -
- 09 - Troubles mentaux de l'épilepsie - Epilepsies -
- 10 - Etats démentiels de la sénilité et démences pré-séniles -
- 11 - Troubles mentaux symptomatiques d'une affection cérébrale ou générale autres que citées -
- 12 - Névroses - Etats névrotiques - Affections psychosomatiques -
- 13 - Etat de déséquilibre mental - Personnalités psychopathiques
Perversions - Toxicomanies (en dehors de l'alcoolisme) -
- 14 - Etat d'arriération - Oligophrénies -
- 15 - Etats non classables dans les catégories précédentes.

Dans les catégories 01 à 05 doivent être classées toutes les psychoses et états psychotiques non symptomatiques d'une étiologie organique démontrable.

Dans les catégories 06 et 08 à 11 doivent être classés tous les troubles mentaux psychotiques ou autres (en dehors des états d'arriération) survenant au cours d'une affection cérébrale ou générale démontrable et considérée comme constituant l'étiologie.

Dans la catégorie 12 doivent être classés toutes les névroses et états névrotiques (y compris les affections psychosomatiques).

Les états de déséquilibre mental, les troubles de la personnalité les perversions et toxicomanies doivent figurer dans la catégorie 13.

Une catégorie à part, 07, a été réservée pour les cas d'alcoolisme chronique. Les données concernant l'alcoolisme sont donc éliminées en totalisant celles des catégories 06 et 07 - ainsi que les états

d'arriération doivent être classés dans la catégorie 14 .

Nous commencerons cette étude par le résultat de nos enquêtes menées à l'extérieur de l'hôpital.

(I) - LE COMMISSARIAT DE POLICE .

La police intervient de trois manières dans le cadre de l'hygiène mentale. Premièrement le Commissaire de police est appelé à rédiger un réquisitoire pour interner d'office un malade à l'hôpital psychiatrique selon le régime de la loi de 1838. Deuxièmement le Commissaire de police peut être amené à faire une enquête ordonnée par un membre de la famille ou des voisins sur une personne atteinte de maladie mentale. Enfin, en troisième lieu, parmi les interventions faites par la police sur la voie publique il y en a un certain nombre qui sont faites à l'encontre d'un malade psychiatrique.

Nous avons étudié les dossiers et les fichiers mis à notre disposition par Mr.le Commissaire de police de Bron relatifs à ces cinq dernières années, soit la période s'écoulant du 1er Janvier 1961 au 31 Décembre 1965.

- A - Les réquisitoires pour internement d'office

Alors que la Loi de 1838 prévoyait qu'en dehors de Paris les réquisitoires pour internement d'office devaient être rédigés par le Maire de la commune, à Bron comme à Lyon et dans toutes les banlieues lyonnaises les réquisitoires sont faits par le Commissaire de police.

En 5 ans le Commissaire de police de Bron a fait 10 réquisitoires pour internement d'office à l'hôpital du Vinatier.

Chacun de ces 10 réquisitoires est accompagné d'un certificat médical.

Quatre fois la police a été appelée par un membre de la famille du malade; quatre fois par des voisins du malade; deux fois par le médecin traitant de la famille.

Sur ces 10 malades il y a 7 hommes et 3 femmes; nous avons retrouvé ces dossiers au cours de notre enquête faite ensuite

à l'hôpital du Vinatier et ils sont inclus dans notre statistique hospitalière.

- B - Les enquêtes menées par la police

Au cours de ces 5 années étudiées 12 enquêtes ont été menées par les policiers de Bron concernant des personnes relevant de la pathologie mentale.

- 1 adolescent de 16 ans

sur plainte des voisins, la police a fait une enquête et a mis en évidence que cet oligophrène se livrait à l'exhibitionisme dans son immeuble; l'enquête a été remise au tribunal pour enfants du Rhône et l'enfant confié aux soins de son médecin traitant.

- 1 homme de 40 ans

se livrant également à l'exhibitionisme, il a été mis entre les mains de la Sureté Nationale et on ne trouve aucune indication quant à un éventuel traitement médical.

- 1 femme de 50 ans

signalée pour des troubles du comportement et des vols répétés à l'étalage de grands magasins; réprimée sur le plan pénal mais sans indication de traitement médical ultérieur.

- 1 homme de 27 ans

enquête pour troubles du comportement demandée par la famille : il est interné en placement volontaire au Vinatier où le diagnostic de "schizophrénie chez un débile" est porté.

- 1 femme de 35 ans

enquête demandée par les voisins: malade présentant une kleptomanie évidente, suivie au point de vue médical par son médecin traitant.

- 1 adolescent

oligophrène, présentant des troubles du comportement, hospitalisé dans le service d'enfants à l'hôpital du Vinatier.

- 1 homme de 40 ans

sur plainte de sa femme pour violence au cours d'une ivresse aiguë. La police est intervenue, s'est mise en rapport avec le médecin traitant.

- 1 homme de 45 ans

Plainte pour coups et blessures déposée par la concubine; ce malade, éthylique chronique, a été hospitalisé plusieurs fois dans notre service au Vinatier.

- 1 femme de 38 ans

sur intervention de l'employeur, une enquête est ouverte; cette malade avait émis plusieurs fois l'intention de se suicider, elle a accepté d'être hospitalisée en service médical d'urgence de l'hôpital Edouard Herriot où elle est restée quelques jours et a été vue par les psychiatres du service.

- 1 jeune fille de 25 ans

ayant fait une tentative de suicide bénigne avec des médicaments : elle a été hospitalisée en service médical d'urgence de l'hôpital Edouard Herriot où elle est restée quelques jours.

- 1 femme de 40 ans

sur plainte du mari, une enquête a été ouverte: cette malade en pleine bouffée délirante aiguë a été confiée à une clinique psychiatrique privée de Lyon.

- 1 homme de 34 ans

sur plainte de la famille, l'enquête aboutit à l'hospitalisation de ce malade au service médical d'urgence à l'hôpital Edouard Herriot; le diagnostic de syndrome délirant hallucinatoire est alors porté et ce malade est interné en auto-placement à l'hôpital du Vinatier.

Sur ces 12 enquêtes 4 ont été provoquées par une plainte des voisins, 5 par une plainte déposée par un membre de la famille, 2 par une plainte de l'employeur, 1 par une personne sans relation spéciale avec le malade.

Au point de vue médical, 3 de ces malades ont été confiés à leur médecin traitant, 3 ont été hospitalisés ou internés à l'hôpital du Vinatier, 3 ont été hospitalisés au service médical d'urgence de l'hôpital Edouard Herriot, sur ces 3 un de ces malades a été ultérieurement interné au Vinatier; une de ces malades confiée à une clinique psychiatrique privée de Lyon; deux malades enfin n'ont pas été suivis au point de vue médical.

- C - Les interventions faites par la police

L'étude détaillée des fichiers du Commissariat de police nous a permis de mettre en évidence 27 interventions de la police pour des personnes atteintes de maladie mentale.

Ces interventions se répartissent ainsi au point de vue chronologique :

4 en 1961
6 en 1962
2 en 1963
4 en 1964
11 en 1965

- 1961

- 1 intervention pour attentat à la pudeur. Cet homme de 40 ans a été interné au Vinatier où on a porté le diagnostic de schizophrénie.

- 1 intervention pour crise excito-motrice sur la voie publique ce malade a été hospitalisé au service médical d'urgence à l'hôpital Edouard Herriot où le diagnostic de dépression nerveuse a été porté.

- 1 intervention pour tentative de suicide par arme à feu; ce malade a été transporté à l'hôpital Edouard Herriot où il est resté

quelques jours, puis interné à l'hôpital du Vinatier pour état dépressif.

- 1 intervention sur appel de la femme du malade; celui-ci éthylique chronique, en état de surexcitation psycho-motrice a été interné à l'hôpital du Vinatier en placement volontaire où il est resté deux mois.

- 1962 -

- 1 intervention pour un syndrome dépressif, cet homme s'était couché sur la voie publique; il a été transporté à l'hôpital Edouard Herriot où il est resté quelques jours.

- 1 intervention pour une tentative de suicide au gaz de ville. Cette malade a été hospitalisée au service médical d'urgence de l'hôpital Edouard Herriot où elle est restée quelques jours et a été vue par les psychiatres du service.

- 2 interventions pour tentatives de suicide par balle; transportés au service chirurgical d'urgence; pas de traitement psychiatrique ultérieur.

- 1 intervention pour un homme seul restant cloîtré chez lui; malade transporté au service médical d'urgence de l'hôpital Edouard Herriot, puis interné au Vinatier.

- 1 intervention pour tentative de suicide par balle chez un homme de 43 ans; transporté au service de porte chirurgicale, il y reste quelques jours puis est interné à l'hôpital du Vinatier.

- 1963 -

- 1 intervention pour une femme menaçant de se suicider; elle est transportée au service médical d'urgence puis internée au Vinatier pour syndrome dépressif.

- 1 intervention pour un homme délirant dans la rue; il est trans-

porté au service médical d'urgence où il reste 11 jours, le diagnostic du syndrome délirant hallucinatoire est porté, il est alors interné au Vinatier où il reste 6 mois.

- 1964 -

- 2 interventions pour crise excito-motrice chez des éthyliques ces deux malades ont été transportés au service médical d'urgence, gardés quelques jours et vus par les psychiatres du service.

- 1 intervention pour tentative de suicide avec des barbituriques chez un homme de 35 ans: ce malade est resté 6 jours à l'hôpital Edouard Herriot puis il a été interné à l'hôpital du Vinatier où le diagnostic de psychose délirante anxieuse a été porté et où il est resté en traitement pendant un mois.

- 1 intervention pour outrage public à la pudeur de la part d'un homme de 30 ans: remis entre les mains de la Sûreté Nationale, pas de traces de traitement médical ultérieur.

- 1965 -

- 1 intervention pour une menace de tentative de suicide chez un homme de 40 ans: hospitalisé au service médical d'urgence où il a été traité pour un syndrome dépressif.

- 1 intervention pour crise excito-motrice avec syndrome confusionnel, hospitalisé au service médical d'urgence.

- 1 intervention pour un homme en bouffée délirante hospitalisé par la famille dans une clinique psychiatrique privée de Lyon.

- sur appel de la soeur de la malade, intervention auprès d'une dépressive confiée à son médecin traitant.

- 1 intervention pour une amnésique errant dans la rue, hospitalisée au service médical d'urgence, puis placée dans une clinique privée.

- sur appel du mari, intervention pour une crise excito-motrice chez une jeune femme, hospitalisée au pavillon P puis dans une clinique psychiatrique privée.
- 1 intervention pour une crise d'excitation chez une femme qui a été hospitalisée au service médical d'urgence de l'hôpital Edouard Herriot.
- 1 intervention pour crise comitiale chez un homme en état d'ivresse; ce malade a été hospitalisé pendant plusieurs jours au pavillon P.
- sur appel de la famille, intervention chez un jeune homme en état d'agitation, malade hospitalisé au service médical d'urgence.
- 1 intervention auprès d'un homme de 43 ans en bouffée délirante hospitalisé au pavillon P puis interné au Vinatier.
- 1 intervention pour tentative de suicide au gaz chez une jeune femme: hospitalisée au pavillon P .

Au cours de cette enquête au Commissariat de Police nous nous sommes particulièrement intéressés à "la destinée médicale" de ces malades "dépistés" par la Police. Le Commissariat jouant un peu le rôle d'"antenne avancée" orientant les malades.

Au cours de ces 27 interventions :

- 1 fois le malade a été confié à son médecin traitant
- 1 fois hospitalisé directement dans une clinique privée
- 1 fois remis à la Justice sans traitement médical
- 2 fois hospitalisé au service chirurgical d'urgence
- 2 fois interné directement au Vinatier
- 20 fois hospitalisé au service médical d'urgence de l'hôpital Edouard Herriot.

Le service d'urgence servant de centre de soins et de deuxième centre d'orientation. Dans 2 observations le ou la malade a été hospitalisé plusieurs jours dans le service puis confiés

à leur médecin traitant ou suivi par l'équipe médicale du service. Dans 7 observations le malade a été hospitalisé ou interné à l'hôpital Départemental du Vinatier. Deux malades ont été enfin orientés vers des cliniques psychiatriques privées.

Le Commissariat de Police est appelé à s'occuper d'un type de malade mental très particulier puisque par définition c'est un malade qui trouble l'ordre social et qui présente un critère de dangerosité soit pour les autres, soit pour lui-même. Ces malades se répartissent selon les manifestations pathologiques de leur comportement et un essai de répartition selon la catégorie diagnostique étiologique est très difficile d'autant plus que nous n'avons pas pour tous les cas étudiés une observation médicale. Parmi ces 37 dossiers, 10 d'entre eux ont été établis à l'occasion d'une tentative de suicide, parmi celles-ci une seule est survenue chez un malade psychotique, 3 autres malades ont été vus par la police à l'occasion d'un syndrome dépressif; 6 malades présentaient des manifestations pathologiques dues à l'éthylisme; 5 malades présentaient des manifestations délirantes aiguës; tous les autres malades présentaient des troubles du comportement, il est difficile de les faire rentrer dans une catégorie étiologique bien définie à l'exception de l'un d'entre eux qui était un authentique schizophrène.

Cette enquête nous a permis de mettre en évidence le rôle très important joué par le Commissariat de police dans le cadre de la lutte contre la maladie mentale. Jusqu'à ces derniers temps les policiers étaient très mal informés des problèmes psychiatriques et concevaient mal l'étendue et la signification de leur fonction dans le cadre de l'hygiène mentale; leur attitude parfois était involontairement très anti-thérapeutique. L'établissement de la politique de secteur en psychiatrie, la multiplication des relations avec le service médical d'urgence de l'hôpital Edouard Berriot,

la création de cours de criminologie auxquels les commissaires peuvent participer, leur ont permis de s'informer et de sortir de leur isolement. La très grande amabilité avec laquelle ils nous ont reçu et l'enthousiasme qu'ils ont manifesté pour un futur travail en équipe, nous laissent penser que la "sectorisation" apportera beaucoup quant à l'efficacité de cette action coordonnée.

(2) - LES ASSISTANTES SOCIALES .

Auprès des Assistantes Sociales notre enquête n'a pas pu être aussi systématique; en effet leurs dossiers contiennent essentiellement des renseignements d'ordre social et ne renferment aucune indication médicale précise. Nous nous sommes donc limités à la relation des entretiens que nous avons pu avoir avec elles . Pendant l'année 1965 le centre social de Bron a suivi 950 familles nous avons éliminé de cette étude les familles de malades hospitalisés au Vinatier; parmi ces 950 familles, dans 60 d'entre elles le père, la mère ou l'un des enfants relève de la pathologie mentale. Trois points semblent intéressants à noter :

Premièrement, dans plus de la moitié de ces 60 familles assistées on note des troubles mentaux dus à l'éthylisme le plus souvent chez le chef de famille, parfois chez la mère.

Deuxièmement, 40 de ces 60 familles habitent les "Grands Ensembles" de Bron-Parilly, alors que Bron-Parilly ne représente qu'un tiers de la population totale de la commune de Bron, Bron-Parilly groupant 2.400 familles réunissant 10.000 habitants. Parmi ces familles de Bron-Parilly les Assistantes Sociales ont constaté une fréquence bien plus grande que dans le reste de la commune, d'une part de mères de famille dépressives et d'autre part de troubles caractérisés chez les jeunes enfants. Elles ont remarqué d'autre part la fréquence à Bron-Parilly de communautés très fermées sur elles-mêmes, communautés de transplantés constitués d'Italiens, Espagnols et Français rapatriés d'Algérie.

Enfin, la création du secteur en psychiatrie et particulièrement la création de structures extra-hospitalières sont particulièrement bien accueillies par les Assistantes Sociales car elles se recourtent quotidiennement à des personnes qu'elles estiment malades sur le plan psychique, et qui refusent une hospitalisation ou même une consultation hospitalière et qui accepteraient une consultation en libéral.

(3) - LA SECURITE SOCIALE .

Notre enquête auprès de la Sécurité Sociale a été faite à deux niveaux: auprès de la Caisse locale de sécurité sociale de Bron d'une part, d'autre part à la Caisse régionale de sécurité sociale dans le service des "avis spécialisés".

- A la Caisse primaire de Bron.

Nous avons pris arbitrairement 200 dossiers d'arrêt de travail de longue durée, c'est-à-dire des dossiers de malades s'étant arrêtés de travailler pendant une durée au moins égale à 6 mois. Nous avons recherché la proportion de malades psychiatriques dans cette population en arrêt de travail prolongé.

Sur 200 fiches médicales consultées, 28 concernaient un malade atteint de maladie mentale.

Il y avait 14 malades hommes et 14 malades femmes. Au point de vue âge cette population était par définition choisie parmi la population active; elle se répartissait comme suit :

moins de 15 ans	0
15 - 24 ans	6
25 - 34 ans	6
35 - 44 ans	11
45 - 54 ans	3
55 - 64 ans	0
65 - 74 ans	2
75 ans et plus	0

C'est donc une population relativement jeune puisque plus des 3/4 de ces malades ont moins de 45 ans.

- On peut établir la répartition suivante quant aux catégories diagnostiques .

- pas de malades dans les catégories 01- 02- 06- 08- 09- 14- 15

Catégorie 03 - Syndrome délirant aigu ; bouffée délirante

1 homme de 34 ans .

Catégorie 04 - Schizophrénie -

3 malades- 1 homme très jeune; 2 hommes de 40 ans

Catégorie 05 - Délires chroniques systématisés -

1 psychose hallucinatoire chronique chez un homme de 35 ans.

Catégorie 07 - Alcoolisme chronique -

1 homme et 1 femme

Catégorie 10 - Etats démentiels de la sénilité et démences pré-séniles -

2 malades femmes

Catégorie 11 - 1 homme jeune présentant une confusion mentale post-traumatique.

Catégorie 12 - Etats névrotiques -

10 femmes

15 malades

5 hommes

Catégorie 13 - Personnalités psychopathiques -

3 malades dont 2 femmes

Les états névrotiques constituent plus de la moitié des observations.

Les névroses peuvent se classer ainsi :

11 syndromes dépressifs

2 névroses phobiques

2 névroses d'angoisse

- La moitié de ces malades et en particulier tous les états névrotiques ont été suivis uniquement par leur médecin traitant, l'autre moitié a été vue soit par un neuro-psychiatre en cabinet, soit en consultation hospitalière, soit hospitalisé dans un service d'hôpital Général ou à l'hôpital du Vinatier.

- Enquête à la Caisse Régionale de Sécurité Sociale .

A la Caisse Régionale il existe un service appelé "Service des avis spécialisés"; les médecins des caisses primaires peuvent demander un avis à un spécialiste qui vient en consultation à la Caisse.

Ce service ne fonctionne que depuis 2 ans; nous avons relevé les dossiers des habitants de Bron vus par un psychiatre dans ce centre "d'avis spécialisés".

10 malades originaires de Bron et adressés par un médecin de la Caisse primaire de Bron ont été examinés dans ce centre.

Il s'agit de 6 malades femmes et 4 malades hommes. Ils rentrent dans les mêmes catégories d'âge que dans l'enquête précédente, c'est-à-dire population active, jeune.

Au point de vue diagnostique ils se répartissent ainsi :

7 syndromes dépressifs

1 schizophrénie

1 processus démentiel post-encéphalique

1 syndrome hallucinatoire

1 seul de ces malades (l'observation de schizophrénie) a été hospitalisé au Vinatier.

- Considérations sur cette population étudiée

Notre enquête auprès de la Sécurité Sociale nous a permis de mettre en évidence quelques critères intéressants.

Parmi les arrêts de travail de longue durée, une proportion de 14 % de ces arrêts de travail sont dus à une maladie mentale.

Deuxièmement, parmi ces malades psychiatriques, une écrasante majorité est atteinte d'une affection névrotique, sur les 38 dossiers étudiés, 22 syndromes névrotiques .

Ces malades sont pour la plupart suivis par leur médecin de famille et ne sont pas vus dans les consultations hospitalières.

Enfin cette enquête nous a permis de voir que les administrateurs et les médecins de la Sécurité Sociale étaient très favorables à la "sectorisation" et à l'implantation de structures extra-hospitalières.

(4) - LES MEDECINS GENERALISTES DE BRON .

Dix généralistes sont installés à Bron. Nous leur avons posé 4 questions qui nous ont permis d'une part d'avoir leur avis sur la morbidité psychiatrique à Bron, d'autre part d'avoir leur opinion sur l'organisation actuelle de l'hygiène mentale, sur la sectorisation et plus particulièrement sur la création d'un dispensaire d'hygiène mentale à Bron.

Ces questions étaient les suivantes :

- A combien s'élève la proportion de malades que l'on appelle "malades fonctionnels" dans votre clientèle ?
- Les malades psychotiques ?
- A qui vous adressez-vous pour les problèmes psychiatriques ?
- Opinion sur la Sectorisation et le dispensaire d'hygiène mentale.
- Médecin (A).

Installé depuis 1 an, pense que les "malades fonctionnels" représentent environ 1/3 de sa clientèle.

Ne suit que quelques malades psychotiques essentiellement pour les renvoyer à l'hôpital en cas d'aggravation. Il envoie en consultation à l'hôpital Neurologique. Il pense que le Vinatier est mal accepté; sauf pour les gens qui y sont déjà allés; il interne très rarement, toujours sous le régime de l'auto-placement. Il ne voit pas l'intérêt du secteur psychiatrique et n'est pas favorable à l'installation d'un dispensaire d'hygiène mentale.

- Médecin (B)

Installé depuis 3 ans, il pense qu'il est difficile de fixer une proportion de "malades fonctionnels", pense qu'elle est d'environ 40 %.

Ne suit pas de malades psychotiques, il les envoie à l'hôpital Neurologique; il adresse les urgences psychiatriques au service

médical d'urgence de l'hôpital Edouard Herriot; il n'adresse jamais de malades à l'hôpital du Vinatier.

Il pense que des consultations extra-hospitalières en dispensaire seraient une bonne chose car les malades ne veulent jamais aller au Vinatier.

- Médecin (C).

Installé depuis 10 ans dans les H.L.M. de Bron-Parilly, pense que Bron-Parilly constitue le rassemblement de milliers de personnes sans tradition, absence d'"âme collective" et qu'il existe un mélange de deux civilisations entre Bron-Parilly et Bron-village. Nous signale des tentatives de suicide par déféstration au début de la construction des grands ensembles. Pense que 75 % de sa clientèle, surtout féminine, est constitué par des "malades fonctionnels", il les envoie très rarement aux psychiatres.

Adresse les malades psychotiques à l'hôpital Neurologique ou à l'hôpital du Vinatier.

Il reproche à la "sectorisation" de lui supprimer le libre choix qu'il avait, d'adresser le malade à tel ou tel psychiatre, il pense en effet que certains psychiatres réussissent mieux avec un certain type de malade. Il est très réservé sur l'utilité de créer un dispensaire.

- Médecin (D).

Installé depuis 10 ans à Bron, pense que les "malades fonctionnels" représentent 1/3 de sa clientèle, que ce sont beaucoup plus des femmes que des hommes.

Il suit 7 à 8 malades psychotiques, il hospitalise au pavillon P en clinique privée, en service libre à l'hôpital du Vinatier.

Il est favorable à la création d'un dispensaire d'hygiène mentale dans le secteur à condition que les médecins du dispensaire renvoient au médecin traitant.

- Médecin (E) .

Installé depuis 26 ans à Bron.

Pense qu'il a 7 à 8 % de malades fonctionnels dans sa clientèle; ne suit pas les malades psychotiques, il les envoie au service médical d'urgence de l'hôpital Edouard Herriot, parfois au Vinatier en placement volontaire.

Il est favorable à la création d'un dispensaire.

- Médecin (F) .

Installé depuis plus de 20 ans à Bron.

Pense que les "malades fonctionnels" représentent 40 % de sa clientèle, il les envoie en "neuro-psychiatrie".

Suit environ 10 malades psychotiques, les adresse en clinique privée ou à l'hôpital du Vinatier en placement volontaire.

Il ne voit pas à quoi correspond la "sectorisation" psychiatrique et n'est pas favorable à la création d'un dispensaire d'hygiène mentale.

- Médecin (G).

Installé depuis 3 ans à Bron-Parilly.

Les "malades fonctionnels" forment une proportion très importante de sa clientèle, ce sont surtout des femmes qui ne travaillent pas et qui habitent dans les grands immeubles collectifs.

Il voit 3 à 4 malades psychotiques par an qu'il fait suivre par un spécialiste.

N'adresse jamais de malades au Vinatier, les adresse à l'hôpital Neurologique ou au Neuro-psychiatre.

Défavorable à l'installation d'un dispensaire. "

- Médecin (H) .

Installé depuis 3 ans à Bron-Parilly.

Ne peut pas préciser la proportion de "malades fonctionnels", ne s'occupe pas de malades psychotiques, il les adresse au neuro-psychiatre. Il est relativement favorable à un dispensaire d'hygiène mentale.

- Médecins (I) et (J).

sont associés, installés depuis 1 an.

L'un pense que les malades fonctionnels constituent 50 % de sa clientèle; le second estime cette proportion à 33 % .

Ils ne voient pas de malades psychotiques.

Ils sont réservés sur l'implantation d'un dispensaire.

- En conclusion -

L'appellation "malades fonctionnels" est imprécise et très subjective, elle recouvre cependant une grande partie des malades névrotiques, l'importance de ces malades est difficile à évaluer puisque dans notre enquête les médecins de Bron l'évaluent de 7 à 75 %.

Les médecins généralistes soignent très peu de malades psychotiques et les envoient très rapidement au médecin spécialiste ou en consultation hospitalière. L'hôpital psychiatrique départemental refusé très souvent par le malade est très mal connu et peu utilisé par le médecin généraliste.

Les médecins généralistes de Bron sont, dans l'ensemble peu favorables à l'implantation d'un dispensaire d'hygiène mentale à Bron.

(5) - CONCLUSIONS A CETTE ENQUETE EXTRA-HOSPITALIERE .

Au cours de cette enquête extra-hospitalière, notre but était double, nous informer sur le problème de la morbidité psychiatrique et informer à notre tour nos interlocuteurs sur la sectorisation psychiatrique et sur le travail d'équipe que nous voudrions faire avec eux.

Si on excepte quelques malades psychotiques, que nous retrouvons d'ailleurs pour la plupart dans notre enquête hospitalière la très grande majorité des observations que nous avons pu consulter sont des observations de malades présentant une affection névrotique; cette population de malades est soignée par les médecins généralistes essentiellement, elle ne franchit la porte des hôpitaux que d'une manière éphémère et accidentelle à l'occasion d'une consultation ou d'une décompensation telle qu'une tentative de suicide au cours d'un syndrome dépressif. A l'opposé la minorité de malades considérés comme dangereux est confiée très rapidement à l'institution hospitalière.

Nous avons essayé au cours de cette enquête d'étudier si l'implantation des grands ensembles de Bron-Parilly avait modifié la morbidité psychiatrique de Bron. Il faut être très prudent avant de tirer des conclusions qui sembleraient hâtives dans les rapprochements entre le type d'habitat et des formes particulières de maladie mentale. La seule constante que nous avons retrouvée aux quatre niveaux de notre enquête est la fréquence des syndromes dépressifs chez les femmes habitant les grands immeubles de Bron-Parilly, fréquence beaucoup plus grande que chez les femmes habitant le vieux village de Bron.

La création d'un dispensaire de secteur, permettrait sans doute d'étudier avec des données plus précises la réalité d'un tel phénomène.

Parallèlement à ces enquêtes menées d'une manière systé-

matique nous avons obtenu des informations de différentes sources à l'occasion de tel ou tel malade dont nous nous occupions plus particulièrement. C'est ainsi que pour un malade dont nous rapportons l'observation à la fin de ce travail, nous avons eu des entretiens très intéressants avec le directeur d'une grande usine qui emploie beaucoup d'ouvriers habitant Bron et parmi eux deux de nos anciens malades. D'autre part parmi les infirmiers et infirmières du service beaucoup habitent Bron depuis plusieurs années et ils ont pu plusieurs reprises nous donner des informations sur les malades habitant le vieux village de Bron.

ETUDE DE LA MORBIDITE PSYCHIATRIQUE

- SOURCES D'INFORMATIONS HOSPITALIERES -

- LES SOURCES d'INFORMATIONS HOSPITALIERES -

Nous avons recueilli ces informations à l'hôpital Départemental du Vinatier.

(I)- Les malades internés en service fermé.

Nous avons recherché les dossiers des habitants de Bron internés à l'hôpital du Vinatier au cours de ces 5 dernières années, c'est-à-dire entre le 1er Janvier 1961 et le 31 Décembre 1965.

Pendant cette période 154 habitants de Bron ont été internés à l'hôpital.

Parmi ces 154 personnes, 124 étaient internées pour la première fois, 30 étaient seulement réintégrées dans l'hôpital.

A - Répartition selon le sexe :

Cette population se répartit comme suit :

85 hommes parmi lesquels	67 internés pour la 1ère fois
	18 réintégrés
69 femmes parmi lesquelles	57 internées pour la 1ère fois
	12 réintégrées

- Chronologiquement :

Année 1961	-	14 malades hommes
		13 malades femmes
Année 1962	-	12 malades hommes
		11 malades femmes
Année 1963	-	15 malades hommes
		19 malades femmes
Année 1964	-	26 malades hommes
		15 malades femmes
Année 1965	-	18 malades hommes
		11 malades femmes

B - Répartition selon le mode d'internement:

Le malade interné est placé sous le régime de la loi de 1838; son placement à l'hôpital peut se faire selon 3 modes différents :

- Placement d'office .

Il faut un réquisitoire du Commissaire de Police ou du Maire de la commune accompagné ou non accompagné d'un certificat médical.

- Placement volontaire .

Il faut un certificat médical d'internement et une attestation signée par un membre de la famille ou un proche du malade.

- Auto-placement .

Le malade muni d'un certificat médical d'internement signe lui-même son placement.

Dans la population que nous avons étudiée, les modalités d'internement ont été les suivantes :

- pour les hommes :

placement d'office	- 19
placement volontaire	- 44
auto-placement	- 22

- pour les femmes :

placement d'office	- 13
placement volontaire	- 42
auto-placement	- 14

Sur les 32 placements d'office, 10 réquisitoires seulement ont été rédigés par le Commissaire de Police de Bron, souvent en effet , le malade provenait d'un centre hospitalier, en particulier de l'hôpital Edouard Herriot.

C - Répartition selon le Médecin qui a interné le malade :

Nous avons étudié dans quelle proportion le malade était adressé par son médecin traitant d'une part, par un service hospita-

lier, d'hôpital général d'autre part.

- Pour les hommes .

46 étaient internés par leur médecin traitant

29 provenaient d'un service des Hospices civils de Lyon

Sur ces 29 : 26 provenaient du Service médical d'urgence de l'hôpital Edouard Herriot,

3 provenaient d'un autre hôpital que l'hôpital Edouard Herriot.

- Pour les femmes .

57 avaient été internées par leur médecin traitant

12 venaient du Service médical d'urgence de l'hôpital Edouard Herriot.

Cette recherche met bien en évidence l'importance psychiatrique du Service médical d'urgence de l'hôpital Edouard Herriot ; un tiers des malades internés est passé par ce service; ces malades ont déjà été vus par un Médecin psychiatre et c'est ce dernier qui a rédigé le certificat d'internement.

D - Répartition selon l'âge :

Nous avons réparti ces malades selon des groupes d'âges de 10 années à partir de 15 ans jusqu'à 75 ans et plus. Nous avons pris en considération l'âge qu'avait le malade le jour de son entrée à l'hôpital et n'avons fait entrer dans cette étude que les malades hospitalisés pour la première fois.

- Pour les hommes:

moins de 15 ans	= 0
15 à 24 ans	- 6
25 à 34 ans	- 16
35 à 44 ans	- 22
45 à 54 ans	- 10
55 à 64 ans	- 4
65 à 74 ans	- 5
75 ans et plus	- 4

- Pour les femmes :

moins de 15 ans	- 1
15 à 24 ans	- 8
25 à 34 ans	- 4
35 à 44 ans	- 11
45 à 54 ans	- 1
55 à 64 ans	- 9
65 à 74 ans	- 12
75 ans et plus	- 10

- Population d'ensemble :

moins de 15 ans	-	1
15 à 24 ans	-	14
25 à 34 ans	-	20
35 à 44 ans	-	33
45 à 54 ans	-	11
55 à 64 ans	-	13
65 à 74 ans	-	17
75 ans et plus	-	14

E - Répartition selon la catégorie diagnostique :

Nous avons fait cette répartition selon la liste des 15 catégories diagnostiques exposée au début de cette étude.

- Catégorie 01 - Psychose maniaque dépressive - Manies- Mélancolies -

Hommes	-	3
Femmes	-	3
ensemble-		6

- Catégorie 02 - Etats confusionnels aigus ou subaigus .

Hommes	-	4
Femmes	-	3
ensemble-		7

- Catégorie 03 - Syndromes délirants aigus- Bouffées délirantes .

Hommes	-	4
Femmes	-	3
ensemble-		7

- Catégorie 04 - Schizophrénies chroniques - Démence précoce .

Hommes	-	8
Femmes	-	4
ensemble-		12

- Catégorie 05 - Délires chroniques systématisés .

Hommes	-	4
Femmes	-	7
ensemble-		11

- Catégorie 06 - Psychoses alcooliques

Hommes	-	3
Femmes	-	0
ensemble-		3

- Catégorie 07 - Alcoolisme chronique en dehors des psychoses alcooliques
 - Hommes - 11
 - Femmes - 2
 - ensemble - 13
- Catégorie 08 - Paralysie générale - Autres troubles mentaux de la syphilis.
 - Hommes - 0
 - Femmes - 0
 - ensemble - 0
- Catégorie 09 - Troubles mentaux de l'épilepsie - Epilepsies.
 - Hommes - 2
 - Femmes - 6
 - ensemble - 8
- Catégorie 10 - Etats démentiels de la sénilité et démences pré-séniles .
 - Hommes - 7
 - Femmes - 17
 - ensemble - 24
- Catégorie 11 - Troubles mentaux symptomatiques d'une affection cérébrale ou générale autres que citées.
 - Hommes - 2
 - Femmes - 1
 - ensemble - 3
- Catégorie 12 - Névroses - Etats névrotiques - Affections psychosomatiques.
 - Hommes - 12
 - Femmes - 6
 - ensemble - 18
- Catégorie 13 - Etats de déséquilibre mental - Personnalités psychopathiques- Perversions- Toxicomanies.
 - Hommes - 5
 - Femmes - 2
 - ensemble - 7
- Catégorie 14 - Etats d'arriération - Oligophrénies.
 - Hommes - 2
 - Femmes - 3
 - ensemble - 5

Aucun cas ne rentre dans la catégorie 15 .

F - Répartition selon le lieu d'habitation :

Nous avons réparti cette population internée selon le lieu d'habitation d'origine, divisant un peu arbitrairement la commune de Bron en vieux village de Bron, villas résidentielles et grands ensembles construits depuis 1955.

Cette répartition nous a permis de mettre en évidence une population à peu près identique entre la population totale et la population internée dans chacune de ces 3 variétés d'habitat.

- Pour les hommes :

vieux village de Bron	38
villas résidentielles	5
grands ensembles	24

- Pour les femmes :

vieux village de Bron	30
villas résidentielles	4
grands ensembles	23

- Ensemble des malades internés :

vieux village de Bron	68
villas résidentielles	9
grands ensembles	47

G - Considérations sur cette proportion internée.

Nous avons comparé ces informations avec les données fournies par l'Institut National d'Hygiène qui a publié des statistiques relatives à l'ensemble des malades internés en France.

- Notre répartition entre hommes et femmes diffère sensiblement de la répartition nationale puisque nous avons 54 % de malades hommes et 48 % de malades femmes alors que la statistique nationale fait état de 49 % malades hommes et 51 % malades femmes.

- La répartition par catégories d'âge met en évidence une très grande différence entre les malades hommes et les malades femmes, les 4/5 de nos hommes internés ont moins de 55 ans alors que plus de la moitié des femmes internées ont plus de 55 ans; ceci recoupe les statistiques nationales où 71,8 % des malades hommes ont moins de 55 ans et 52,2 % des malades femmes ont plus de 55 ans.
- On peut établir un parallèle entre cette répartition par catégorie d'âge et la répartition par catégorie diagnostique. Le type de maladie mentale le plus fréquemment rencontré chez les hommes correspond à l'ensemble des catégories 06- 07 c'est-à-dire à l'ensemble des troubles pathologiques dus à l'alcoolisme tandis que dans la population femme c'est la catégorie correspondant aux états démentiels de la sénilité et aux démences pré-séniles.
- La majorité des internements se font sous le mode du placement volontaire ce qui confirme les informations que nous avons recueillies auprès des médecins généralistes du secteur.
- Enfin la répartition selon le type d'habitat ne nous a permis aucun parallèle entre les différents types d'habitat et cette population internée.

- LES MALADES HOSPITALISES EN SERVICE LIBRE -

Nous avons choisi comme population d'étude les habitants de Bron hospitalisés en service libre, du 1er Janvier 1961 au 31 Décembre 1965, dans le service du Centre Hospitalier Universitaire à l'hôpital du Vinatier, service qui fut pendant plusieurs années le seul service libre de l'hôpital du Vinatier et qui en est encore aujourd'hui le plus important.

59 malades, originaires de Bron, furent hospitalisés pendant cette période se répartissant en 33 hommes et 26 femmes.

Chronologiquement :

1961 -	6 hommes	-	1 femme
1962 -	5 hommes	-	1 femme
1963 -	4 hommes	-	5 femmes
1964 -	3 hommes	-	3 femmes
1965 -	15 hommes	-	16 femmes

Le chiffre relativement élevé des entrées en 1965 par rapport aux autres années s'explique par le fait qu'à partir du 15 Mai 1965, date de mise en route de la sectorisation à l'hôpital, tous les malades originaires de Bron étaient hospitalisés dans le service libre du Centre Hospitalier Universitaire.

- Répartition selon la catégorie diagnostique -

En utilisant la répartition en 15 catégories diagnostiques déjà utilisée au cours de cette étude, nous avons la répartition suivante :

01 -	2 femmes	
02 -	1 homme	
03 -	2 hommes	4 femmes
04 -	2 hommes	4 femmes
05 -	3 hommes	1 femme
06 -		1 femme

07 -	10 hommes	1 femme
08 -	Aucun malade dans cette catégorie.	
09 -	2 hommes	
10 -	2 hommes	
11 -	1 homme	1 femme (1 psychose post-abortum)
12 -	4 hommes	10 femmes
13 -	3 hommes	1 femme
14 -	3 hommes	1 femme
15 -	Aucun malade dans cette catégorie.	

- Répartition selon le type d'habitat -

Comme pour les malades internés en service fermé, nous avons réparti les malades hospitalisés en 3 catégories; ceux qui habitent le vieux village de Bron, ceux habitant les villas résidentielles de construction moderne, enfin ceux qui venaient des grands immeubles collectifs récemment construits à Bron-Parilly.

Sur nos 59 malades hospitalisés :

36 habitaient Bron-Parilly	20 malades hommes
	16 malades femmes

3 habitaient les villas modernes de type résidentiel
20 étaient originaires du vieux village de Bron.

- La répartition par catégorie diagnostique des malades hospitalisés est sensiblement différente de celles des malades internés. Si chez les hommes ce sont les malades éthyliques qui représentent la catégorie la plus importante 10 malades sur 33, chez les femmes ce sont les syndromes névrotiques qui fournissent le groupe le plus important avec 10 malades sur 26.

- Contrairement aux malades internés, la répartition selon le type d'habitat est ici très intéressante.

69 % des malades hospitalisés en service libre habitent Bron-Parilly alors que Bron-Parilly ne représente qu'un peu plus d'1/3 de la

population totale de Bron. En particulier 9 éthyliques sur 10 dans la population hommes et 8 névrotiques sur 10 chez les femmes habitant ces immeubles collectifs. Cette constatation recoupe nos informations extra-hospitalières, les médecins généralistes et les assistantes sociales nous avaient signalé la fréquence des troubles dus à l'alcoolisme chez les hommes habitant ces "grands ensembles" paradoxalement dépourvus de débits de boisson, et la fréquence des syndromes dépressifs chez les femmes ne travaillant pas et habitant ces mêmes grands ensembles.

L'interdiction de créer des "cafés" dans ces nouveaux quartiers n'a absolument pas résolu les problèmes que pose l'éthylisme; d'une part les malades éthyliques semblent plus nombreux que dans les autres quartiers, d'autre part on n'a pas remplacé la fonction psychothérapique que remplissait le café qui était traditionnellement un lieu de rencontre et de réunion.

La fréquence des syndromes dépressifs chez les femmes habitant ces grands ensembles peut s'expliquer partiellement par les difficultés inhérentes à toute transplantation; en effet un certain nombre d'entre elles appartiennent à des communautés d'immigrants étrangers ou de français rapatriés d'Afrique du Nord; même chez les autres on retrouve des symptômes et des troubles dus à la transplantation, transplantation qui est parfois simplement le passage de la société très structurée du village traditionnel à cet univers sans structure.

- APERCU DE LA MORBIDITE PSYCHIATRIQUE GENERALE

A BRON -

L'ensemble de nos enquêtes hospitalières et extra-hospitalières nous a permis d'étudier 260 dossiers individuels de malades psychiatriques. La diversité du matériel mis à notre disposition au cours de chaque enquête nous a obligé à employer une méthode de travail différente pour chacune de ces sources d'information; une fiche de police est très différente d'une observation hospitalière et on ne peut pas tirer les mêmes renseignements de l'une ou l'autre.

A l'extérieur de l'hôpital nous avons découvert une population importante de syndromes névrotiques et parmi eux une proportion importante de syndromes dépressifs; c'est eux qui constituent une part appréciable de la clientèle des médecins généralistes, ce sont eux qui représentent la majorité des arrêts de travail de longue durée pour maladie mentale, ils constituent enfin une part importante de l'activité de la police qui a à s'en occuper à l'occasion d'une décompensation entraînant des troubles du comportement. Les malades psychotiques au contraire passent tous, à un moment ou à un autre de leur existence par l'institution hospitalière.

A l'intérieur de l'hôpital nous avons comparé notre répartition pour ces malades originaires de Bron avec la répartition des admissions en une année dans tous les hôpitaux psychiatriques de France.

- Notre répartition est la suivante: elle porte sur 183 malades hospitalisés en service fermé ou en service libre; ces 183 malades se répartissent en 100 malades hommes et 83 malades femmes.

La répartition en pourcentage par catégorie diagnostique est la suivante :

01 - Psychose maniaque dépressive - Manies - Mélancolies -

hommes	-	3 %
femmes	-	6 %
ensemble-		4,3 %

02 - Etats confusionnels aigus ou subaigus -

hommes	-	5 %
femmes	-	3,6 %
ensemble-		4,3 %

03 - Syndromes délirants aigus - Bouffées délirantes -

hommes	-	6 %
femmes	-	8,4 %
ensemble-		7,1 %

Nous avons groupé les catégories 04 et 05 qui correspondent aux schizophrénies et aux délires chroniques .

hommes	-	17 %
femmes	-	19,2 %
ensemble-		18 %

Nous avons groupé les catégories 06 et 07 qui correspondent aux psychoses alcooliques et à l'éthylisme chronique.

hommes	-	24 %
femmes	-	4,8 %
ensemble-		15,3 %

- aucun malade dans la catégorie 08 - Paralyse générale -

09 - Troubles mentaux de l'épilepsie -

hommes	-	4 %
femmes	-	7,2 %
ensemble-		5,4 %

10 - Etats démentiels de la sénilité et démence pré-sénile -

hommes	-	9 %
femmes	-	20,4 %
ensemble-		14,2 %

11 - Troubles symptomatiques d'une affection générale -

hommes	-	3 %
femmes	-	2,4 %
ensemble-		2,1 %

12 - Névroses - Etats névrotiques - Affections psycho-somatiques -

hommes - 16 %
 femmes - 19,2 %
 ensemble - 17,4 %

13 - Personnalités psychopatiques - Etat de déséquilibre mental -

hommes - 8 %
 femmes - 3,6 %
 ensemble - 6 %

14 - Etat d'arriération - Oligophrénie -

hommes - 5 %
 femmes - 4,8 %
 ensemble - 4,8 %

Aucun malade dans la catégorie 15

- La répartition par sexe et par catégorie diagnostique des admissions pour la première fois dans l'ensemble des hôpitaux psychiatriques de France pendant une année est la suivante :

	hommes	femmes	ensemble
01 -	12,6 %	24,1 %	17,7 %
02 -	2,8 %	2,5 %	2,7 %
03 -	4,6 %	5,4 %	5 %
04 - 05 -	11,1 %	15,9 %	13,2 %
06 - 07 -	34,4 %	9,7 %	23,4 %
08 -	0,5 %	0,3 %	0,4 %
09 -	3,1 %	2,4 %	2,8 %
10 -	8 %	14,4 %	10,9 %
11 -	2 %	1,8 %	1,9 %
12 -	5,5 %	10,7 %	7,8 %
13 -	7,3 %	6,4 %	6,9 %
14 -	5,7 %	4,9 %	5,3 %
15 -	2,4 %	1,5 %	2 %

- Dans notre population habitant Bron , chez les malades hommes ce sont les troubles dus à l'éthylisme qui représentent la catégorie la plus importante puisqu'elle groupe 24 % des malades puis viennent les schizophrénies et les délires chroniques qui groupent 17 % des malades, puis les syndromes névrotiques avec 16 % des malades , dans la population femmes ce sont les troubles dus à la senilité

qui groupent le contingent le plus important de malades soit 20,4 % puis les schizophrénies et délires chroniques avec 19,2 % , les syndromes névrotiques avec également 19,2 % .

Si on considère la population d'ensemble nous avons par ordre d'importance décroissant :

les schizophrénies et délires chroniques	18 %
les syndromes névrotiques	17,4 %
les troubles dus à l'éthylisme	15,3 %
les états séniles et pré-séniles	14,2 %

En comparant cette répartition avec la répartition nationale plusieurs points sont à noter.

Nous avons une proportion de syndromes névrotiques beaucoup plus importante que la répartition nationale (17,4 % contre 7,8 %), cette discordance peut s'expliquer partiellement par les raisons suivantes: premièrement nous avons considéré les admissions des habitants de Bron pendant 5 ans alors que la répartition nationale considère les admissions pendant une seule année. Deuxièmement dans notre population nous avons fait entrer une proportion importante de malades hospitalisés en service libre, proportion par rapport aux malades internés qui est plus importante que la proportion nationale. En troisième lieu nous pensons que certains de nos malades classés dans la catégorie 12 auraient pu être classés dans la catégorie 01 ce qui expliquerait la pauvreté numérique de cette catégorie dans notre répartition (4,3 % contre 17,7 %) en particulier il est parfois difficile de distinguer à l'entrée un syndrome dépressif névrotique (catégorie 12) d'une psychose dépressive (catégorie 01).

Enfin il faut noter que la population que nous avons étudiée est une population strictement urbaine tandis que la statistique nationale s'appuie sur une population beaucoup plus différenciée quant à ses origines.

Parmi les syndromes névrotiques la répartition est différente selon le sexe; tandis que les malades névrotiques hommes représentent une proportion importante de la population internée, les malades névrotiques femmes se retrouvent plus nombreuses en service libre. Cette différence de répartition peut s'expliquer par l'apparente dangerosité qui préside souvent au choix du différent type de placement; elle peut s'expliquer aussi par le fait que les médecins ont souvent beaucoup plus de difficultés à faire accepter l'hospitalisation par un homme et sont obligés de la lui imposer par l'intermédiaire de l'internement.

Ces discordances constatées notre répartition est assez proche de la répartition nationale avec les 3 catégories les plus importantes; les délires chroniques, l'éthylisme, les états séniles et pré-séniles. L'éthylisme étant une cause bien plus fréquente chez les hommes tandis que les démences séniles et pré-séniles groupent une population en très grande majorité féminine. Il faut noter dans les deux répartitions la disparition des "paralysies générales" dans les admissions en hôpital psychiatrique.

L'établissement de la sectorisation et particulièrement la création de dispensaires permettra de prendre en charge un grand nombre des malades névrotiques que nous avons découvert en effectuant notre enquête extra-hospitalière. Le Dispensaire de secteur et l'hôpital de jour permettront de soigner à l'extérieur de l'hôpital un grand nombre de malades hospitalisés et parmi eux beaucoup de névrotiques graves et d'éthyliques chroniques. L'institution hospitalière restant une arme thérapeutique indispensable mais d'indication plus restreinte et étant intégrée dans l'ensemble des structures thérapeutiques.

CHAPITRE IVOBSERVATIONS PERSONNELLES

Nous rapportons 4 observations de malades que nous avons personnellement suivis dans un service fermé de l'hôpital du Vinatier. Ces 4 malades habitent la commune de Bron.

Observation N° 1

Aud... Georges
né en 1921

Benjamin d'une famille de 3 enfants, père décédé en 1950, mère en bonne santé vivant à Lyon.

Aucun antécédent pathologique notable en dehors d'une névralgie sciatique, reconnue par la sécurité sociale comme étant consécutive à un accident du travail, ce qui lui vaut une pension d'invalidité. A obtenu le certificat d'études primaires et a suivi pendant deux ans un cours complémentaire.

A l'âge de 13 ans il a débuté comme apprenti-tripier chez son père qui était propriétaire d'une triperie à Bron.

En 1942 il est mobilisé dans les chantiers de jeunesse puis envoyé au "Service du travail obligatoire" en Pologne de Mars 1943 à Juin 1945. A son retour il reprend le travail à la triperie paternelle. En 1948 il se marie, aura deux enfants puis divorcera quelques années plus tard.

De 1948 à 1953 il dirige la triperie laissée par son père, fait de très mauvaises affaires, la triperie est mise en gérance libre en 1953 puis vendue en 1958.

Monsieur A. va alors exercer plusieurs métiers, changeant très souvent d'emploi.

En 1954 il est hospitalisé pour la première fois dans le service de neuro-psychiatrie de l'hôpital Edouard Herriot. Il retravaillera à nouveau, dans de multiples places, de 1954 à 1958 puis arrête de travailler en Octobre 1958. Début 1959 il est interné pour la première fois à l'hôpital du Vinatier, depuis il a alterné les séjours à l'hôpital et les séjours chez lui.

Ce malade habite une vieille maison à Bron, c'est l'"original" du village, personnage pittoresque toujours habillé d'une manière extraordinaire, employant un langage précieux, personnalité marginale plus ou moins bien supportée par les voisins; les enfants du quartier amusés viennent le voir souvent ce qui a inquiété certains parents.

Nous l'avons suivi en 1965 pendant son séjour dans le service il se présentait alors comme un schizophrène logorrhéique, discordant apragmatique. Nous l'avons retrouvé à toutes les étapes de notre enquête, bien connu de la police, des assistantes sociales, de la Caisse de sécurité sociale où il se rendait fréquemment en trotinette. Il est actuellement chez lui, en sortie d'essai et revient régulièrement aux consultations dans le service.

Cet authentique psychotique peut bénéficier de la sectorisation ; en effet depuis que nous avons parlé longuement de lui aux policiers, aux assistantes sociales, ces derniers ne portent plus tout à fait le même regard sur lui, ils ont moins peur de cet être marginal, les relations qu'ils auront avec lui seront sans doute beaucoup plus psychothérapiques.

Enfin une équipe médico-sociale extra-hospitalière, installée dans un dispensaire à Bron, pourrait mieux le suivre, le voir plus souvent, lui permettre de vivre hors de l'hôpital.

- Observation N° 2

Wint..... Nicolas

né en 1916

Ukrainien habitant Bron depuis 20 ans, vit maritalement avec une ukrainienne, a 5 enfants dont l'ainé a 11 ans et le dernier 4 ans. Au point de vue somatique, présente un ulcère d'estomac que le traitement médical a très nettement amélioré. C'est un éthylique chronique qui boit depuis plusieurs années, plusieurs litres de vin rouge par jour, il présente des ivresses pathologiques avec des épisodes clastiques, au cours d'une de ces crises il a blessé son amie avec une bouteille ce qui lui a valu un séjour de 3 mois à la prison St-Paul.

Il travaille régulièrement en usine depuis plusieurs années; habite un wagon de chemin de fer qu'il a aménagé et qui est installé sur un terrain communal à Bron.

Nous l'avons suivi au cours de l'année 1965, il se présentait comme beaucoup d'éthyliques, avec une personnalité très faible; nous demandant pardon, nous jurant qu'il ne reboirait plus jamais et implorant sa sortie.

Il est sorti au bout de quelques semaines, a repris son travail qu'il n'a interrompu que pendant une semaine en 1966 par un très court séjour dans le service à la suite d'une ivresse. Il revient épisodiquement à l'hôpital participer au groupe psychothérapique organisé pour les éthyliques.

Ce malade a besoin d'un encadrement médical et psychothérapique extrêmement étroit, il est certain qu'il pourrait bénéficier de structures extra-hospitalières qui lui éviteraient des éventuelles hospitalisations.

- Observation N° 3

Brav... Paul

Né en 1928

Deuxième de onze enfants, son père décédé avait passé 7 années de sa vie en prison pour avoir eu des relations sexuelles avec ses deux filles - mère en bonne santé.

Un de ses frères, immédiatement après lui dans la fratrie, est hospitalisé depuis 10 ans à l'hôpital du Vinatier.

Au point de vue somatique, il souffre d'un ulcère d'estomac.

Service militaire sans incident en 1948.

Marié en 1958 avec une femme qui a 12 ans de moins que lui, il a 3 enfants.

C'est en 1962 qu'il présente le premier épisode de sa maladie mentale; il est incarcéré à la prison Sain-Paul pour exhibitionisme devant les fillettes dans une rue de Bron. Il reste deux mois à la prison, à l'annexe psychiatrique, puis est interné à l'hôpital du Vinatier présentant un délire mystique et croyant qu'il était le Christ. Il sortira de l'hôpital 3 mois plus tard la conviction délirante d'être le Christ persistant mais ne le préoccupant plus; il reprend alors son travail dans une usine où il est chauffeur-magasinier. Il fait un deuxième séjour à l'hôpital en 1964 puis un troisième séjour en 1965. C'est à cette époque que nous l'avons suivi dans le service. Il se présentait à l'entrée comme un délirant, délire à thème mystique, croyant être le Christ, se sentant persécuté et incompris. Il est resté trois mois dans le service. Nous avons eu alors des rapports fréquents et extrêmement utiles avec son employeur et le comité d'entreprise de son usine, ces derniers font des collectes pour envoyer les enfants en colonie de vacances et entourent notre malade. C'est grâce à ce cadre extra-hospitalier que le malade a pu sortir, reprendre son travail et vivre huit mois hors de l'hôpital malgré d'énormes problèmes familiaux.

- Observation N° 4

MONT.... Manuel

Né en 1932

D'origine espagnole né en Algérie, quatrième d'une famille de 4. Aucun antécédent pathologique somatique. Etudes primaires en Algérie, service militaire en 1954.

Se marie en 1957, a une fille, à la même époque il s'engage dans les C.R.S. en Algérie, deux ans plus tard il présente ses premières manifestations psychiatriques à la suite d'un interrogatoire qu'il a fait subir à un algérien. Il est hospitalisé alors à l'hôpital d'Oran puis mis en congé de longue durée pendant 3 ans. En mai 1961 il est rapatrié et vient vivre provisoirement chez sa belle-soeur à Lyon. En Juillet 1962 il fait une tentative de suicide et est hospitalisé pour la première fois pendant 1 mois à l'hôpital du Vinatier, fait un deuxième séjour à la fin de l'année 1962 et un troisième séjour à la fin de l'année 1963.

Nous l'avons suivi au cours de l'année 1965 alors qu'il était hospitalisé dans le service. Il présentait alors un délire paranoïde, était très anxieux avec des idées de persécution. Il avait l'impression qu'on l'avait drogué, que sa femme n'était pas sa vraie femme, qu'il était la victime d'une organisation internationale. Il a fait un long séjour dans le service où il est resté pendant 7 mois, le délire disparaissant très lentement et laissant la place pendant de longues périodes à un état dépressif. Ce malade a pu quitter le service, stabilisé par le traitement et est allé vivre chez une soeur habitant le midi de la France. Il est sorti depuis quatre mois et va recommencer à travailler. C'est un malade extrêmement fragile, qui a besoin d'un traitement chimiothérapique quotidien et rigoureux et qui bénéficierait de consultations extrêmement fréquentes.

Ce malade avait déjà présenté les premières manifestations de sa maladie en Algérie mais c'est essentiellement à partir de son rapatriement qu'il a commencé cette alternance de séjours à l'hôpital

et de courts séjours chez lui. Au début de son arrivée en France il avait été logé dans un camp d'hébergement puis a trouvé un logement dans un immeuble récent à Bron.

Ces 4 observations de malades que nous avons suivis à l'hôpital du Vinatier sont très disparates quant à l'étiologie et l'évolution des affections psychiatriques en cause. Nous les avons relatées pour montrer que la "politique de sectorisation" et la création de structures extra-hospitalières pouvaient être thérapeutiques même pour des malades aussi différents. Pour le premier malade, ce personnage en marge de la société moderne, très comparable au classique "fou du village" de la littérature c'est essentiellement à une modification du climat psychologique à son égard que nous avons essayé de nous attaquer. Pour les malades 2 et 4, un dispensaire extra-hospitalier, près de leur habitation permettrait de les soigner hors de l'hôpital. Pour le malade 3 - les relations avec un employeur qui emploie beaucoup d'ouvriers originaires de Bron, nous ont permis également de le maintenir hors de l'hôpital. Ces malades ont en commun de partager leur existence entre l'hôpital et leur foyer, pas assez malades pour rester toute une vie à l'hôpital, trop gravement malades pour être simplement suivis de loin en loin par leur médecin de famille. Il serait possible et utile que l'équipe hospitalière puisse les suivre hors de l'hôpital.

Préfigurant ce qui pourrait être une partie du travail de cette équipe de secteur nous avons étudié quel était "l'environnement" de ces malades. Le malade N°1 vit seul dans une vieille maison, cette vieille maison restant isolée au milieu d'immeubles collectifs récents; il est très souvent entouré par les enfants du voisinage qui sont attirés par l'aspect extravagant de son personnage, au début plusieurs plaintes de parents furent enregistrées car notre malade sympathique aux enfants paraissait suspect aux parents, mais les

enquêtes ont montré qu'il ne commettait rien de délictuel et que seule son originalité était en cause. Pour le malade N° 3 cette même orientation nous a amené à étudier ses problèmes conjugaux; la "rumeur publique" à Bron accusait sa femme de se livrer clandestinement à la prostitution pendant les hospitalisations de son mari. Pour le malade N° 4, nous avons pu étudier ces milieux très fermés sur eux-mêmes que constituent les communautés de transplantés habitant "les grands ensembles modernes" et particulièrement les milieux de français rapatriés d'Algérie.

Cette connaissance du milieu dans lequel vivait le malade avant son hospitalisation, cette prise de conscience de l'ambiance qui l'entourait, des rumeurs qui couraient à son sujet, de sa plus ou moins grande tolérance de la part de la société, nous semble une notion indispensable pour conduire ultérieurement une thérapeutique efficace.

Cette étude de "l'environnement" est impossible si on est limité à l'observation du malade hospitalisé; elle ne peut être effectuée que par une équipe travaillant sur les lieux mêmes où vivent les malades.

CONCLUSIONS

Depuis l'institution de la sectorisation en psychiatrie le service dans lequel nous travaillons à l'hôpital du Vinatier, a pris en charge l'hygiène mentale d'un secteur composé de 3 communes de la banlieue lyonnaise : Villeurbanne - Bron et Vaulx en Velin. Nous avons étudié la morbidité psychiatrique dans une portion de ce secteur, la ville de Bron.

Nous avons en premier lieu fait plusieurs enquêtes à l'extérieur de l'hôpital.

- Au Commissariat de Police

La police est appelée à s'occuper des tentatives de suicide, des manifestations délirantes aiguës, des troubles du comportement entraînant un danger pour la société. En dehors des réquisitoires pour internement d'office, elle travaille essentiellement en relation directe avec le service médical d'urgence de l'hôpital Edouard Herriot.

- A la Sécurité Sociale

Nous avons pu mettre en évidence en étudiant les dossiers de malades en arrêt de travail prolongé que les maladies mentales représentent 14 % de la morbidité générale; dans cette population active ce sont les syndromes dépressifs qui représentent la maladie mentale le plus souvent rencontrée.

- Chez les médecins généralistes de Bron et les Assistantes sociales nous nous sommes attachés à rechercher la proportion de malades mentaux dans leur clientèle respective. Les malades névro-

tiques représentent une proportion importante de celles-ci. Dans un deuxième temps nous avons puisé des informations à l'hôpital du Vinatier en étudiant les dossiers des malades internés en service fermé et hospitalisés en service libre, malades habitant tous la commune de Bron. La population masculine est plus jeune ; les catégories diagnostiques les plus importantes quant au nombre de malades sont les éthyliques, les délirants chroniques et les syndromes névrotiques. La population féminine est plus âgée et composée en proportion décroissante de troubles dus à la sénilité, de délires chroniques et de syndromes névrotiques.

Ces différentes enquêtes nous ont permis d'étudier 260 dossiers individuels de malades mentaux habitant Bron.

Nous avons recherché si la construction récente des "grands ensembles" de Bron-Parilly avait modifié la morbidité psychiatrique de ce secteur; il semble qu'une proportion plus importante qu'ailleurs d'éthyliques hommes et de névrotiques femmes habitent ces immeubles collectifs.

Au cours de ces enquêtes nous avons toujours informé nos interlocuteurs de l'intérêt que pouvait présenter la sectorisation dans la lutte contre les maladies mentales et au terme de ce travail nous avons exposé 4 observations personnelles de malades qui bénéficieraient d'une prise en charge extra-hospitalière.

Le Président de la Thèse :

Pr Dechaume

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 30 Avril 1966

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université

P. LOUIS

VU,
Pour le Doyen, L'Assesseur
M. Levrat

BIBLIOGRAPHIE

- AZOULAY J. L'hôpital de jour du centre de santé mentale du
XIIIème arrondissement.
Information psychiatrique 1965- 7-591-602
- BALIER C. Les ateliers thérapeutiques de réadaptation
au travail.
Information psychiatrique 1965 - 7-603-612
- BASTIDE R. Sociologie des maladies mentales.
Flammarion Ed. 1965
- BEAUDET M. Thèse Lyon 1966.
- BEQUART P. Psychiatrie de secteur dans la communauté du
XIIIe à Paris.
Information psychiatrique 1965 - 7-559-564
- BONNAFE L. La psychiatrie de secteur.
Information psychiatrique 1963 - 9-507-518
- BOURGERON J.P. et G., Le Club des Peupliers
Information psychiatrique 1965 - 7-613-622
- CHOMBARD de LAUWE La maladie mentale comme phénomène social.
Monographie de l'I N H 1955 - 7-11-26
- DAUMEZON G. Problèmes de la psychiatrie de secteur en France.
Information psychiatrique 1964 - 9-653-662
- DANCIS F. Le rôle des psychologues.
Information psychiatrique 1965 - 7-565-576
- JEANNEAU A. Secteur; libre choix et service libre.
Information psychiatrique 1963 - 3-153-159
- LE GUILLANT L. Le travail social dans le cadre d'une expérience
de psychiatrie de secteur.
Information psychiatrique 1964 - 5-301-317
- LE GUILLANT L. Psychiatrie hors les murs .
"Le Monde" 16.11.1965

- MAYER-MASSE G. Répartition de trois groupes de maladies mentales dans certains quartiers de Paris.
Monographie de l'I.N.H. 1955 - 7-27-58
- MURPHY H.B.M. Méthodologie de recherche en socio-psychiatrie et en ethno-psychiatrie.
Encycl. Méd. Chir. psychiatrie 1965 - 5-1-13
- PAUMELLE Ph. L'hôpital de secteur.
Inf.psy. 1965- 7-637-644
- PERRIER N. La place de la psychothérapie.
Inf. Psy. 1965- 7-559-564
- ROVARINO M. Rôle de l'assistante sociale de secteur collaboration avec l'infirmière extra-hospitalière.
Inf. Psy. 1965- 7-577-580
- TORRUBIA A et H. Contribution à une psychothérapie sociale.
Monographie I.N.H. 1955 - 7-59-81
- VERMOREL H. Du Secteur.
Inf. Psy. 1963- 5-271-276

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	p. 1
CHAPITRE I - La Psychiatrie de Secteur	p. 2
CHAPITRE II - La Commune de Bron	p. 8
CHAPITRE III- Etude de la Morbidité psychiatrique.....	p. 11
- Sources d'information extra-hospitalières	p. 15
- Sources d'information hospitalières.....	p. 36
- Aperçu de la morbidité	p. 46
CHAPITRE IV - Observations	p. 51
CONCLUSIONS	p. 58
BIBLIOGRAPHIE	p. 60

